

様式 7

学 位 論 文 要 旨

学位請求論文題名

高齢者介護施設における安全基準に関する研究

- 認知症対応型共同生活介護事業所等で発生した事故・事件の分析を中心に -

(和訳または英訳)

Study on Safety Level in The Elderly Person Nursing Facility

- Mainly on The Analysis of An Accident, The Case That Occurred in Model Cohabitation Care Establishments for Dementia -

人間社会環境学 専 攻

氏 名 曾我 千春

主任指導教員氏名 森山 治

(注) 学位論文要旨の表紙

論文要旨

介護保険法施行後、介護保険法の下で高齢者を対象とした「住まい」が急増しているが、残念ながら火災事故や事件が相次ぎ、多くの犠牲者が生じている。本研究の目的はこれらの事故・事件の分析を通じて、事故・事件の背景を社会保障の政策動向や介護保険制度に基づく安全規制、最低基準から検討を行い、わが国の介護保障に関わる政策・法制度の課題を明らかにすることにある。

本稿では、介護保険法施行後に発生した認知症対応型共同生活介護事業所の事故・事件と行政に届出のない施設である「法外施設」で発生した火災事故を中心に、これらの事故・事件について社会保障政策や介護保険制度および各諸基準の角度から分析をおこなった。そしてそれらの分析を踏まえ、わが国の社会保障政策や社会保障関連諸法制度の課題と今後の対応策について、政策・法制度の観点から明らかにした。

本稿の第 1 章では問題の所在と分析視点、先行研究を明記した。先行研究のなかには、裁判例等を詳細に分析・検討を行っているものもあるが、具体的な事故・事件の事例について、制度および基準省令からの分析やわが国の社会保障政策や介護保険制度といった政策や法制度に関連付けた検討はみられない。本研究はこの点を詳細に検討した。

第 2 章では、事故・事件の発生を社会保障政策との関連から分析を行うことの前提作業として、わが国の高齢者「介護」政策の歴史的変遷を確認している。わが国の高齢者福祉施策は、1963 年の老人福祉法に始まり、養護老人ホームならびに特別養護老人ホームの創設や老人家庭奉仕員制度によるサービスが実施されていった。その後、1973 年の石油危機を契機に政府は社会保障・社会福祉の拡充から縮小へと政策転換を図り、1970 年代後半からは「日本型福祉社会論」による自助・共助を強調、1980 年代の臨調・行革のもとで大きな「再編成」を迎え、自助・共助とともに民間活力導入を推奨していく。このながれを引き継ぎ 1990 年代後半から介護保険制度創設の議論が活発化していく。ここでは利用者本人と事業者との契約制度の導入と多様な主体による福祉サービスへの参入促進といった市場原理を活用した福祉サービスの供給体制を目指すものであった。

1997 年に介護保険法が成立し 2000 年に施行された。介護保険制度導入に伴い従来の措置制度から利用者との契約制度に転換が図られ、営利・非営利を問わないサービス提供者の参入とともに事業者の参入については新たに指定制度が導入された。

第 3 章では、認知症対応型共同生活介護事業所で発生した事故・事件を介護保険制度や基準省令との関係から分析・検討を行った。第 1 節では認知症対応型共同生活介護に関す

る制度と施設基準を確認している。認知症対応型共同生活介護は高齢者ケアの「切り札」「認知症高齢者の切り札」として、認知症高齢者やその家族、介護労働者から大きな期待を寄せられ、かけがえのない役割を担っている。しかし一方で、介護保険法施行後は「営利化」の象徴といわれるほど多くの営利法人が参入しており、中には「質」の低いものもあり問題になっていた。そこで厚生労働省は認知症対応型共同生活介護の指定基準の強化、具体的にはユニット数の制限、管理者等への研修の義務付け、夜間および深夜の時間帯の勤務を原則夜勤への変更等を行っている。第2節では認知症対応型共同生活介護事業所で発生した2つの死亡事件を取り上げた。一つは「入居者『殺人』事件」である。もう一つは「入居者『傷害致死』事件」である。これらの事件は介護従業者が加害者となっている。裁判も終了し加害者の刑が確定している。第3節では2つの火災事故を取り上げた。2006年に発生した火災事故については入居者9人のうち7人が死亡している。この火災事件については検察が業務上過失致死罪で立件を試みたが、防火体制・夜勤体制に問題はなかったとし立件を断念した。この火災事件後、当該保険者は厚生労働省に対し複数の夜勤体制や複数夜勤体制に伴う介護報酬の設定を要望したが、残念ながらその要望は聞き入れられなかった。また、2010年の火災事故では入居者9人のうち7人が死亡、夜勤をしていた介護従業者は重傷を負った。両事業者とも有限会社であり小規模な事業体制であった。

認知症対応型共同生活介護は日本の高齢化の進展を背景に社会的な需要が高くなっている。しかしながら認知症対応型共同生活介護の最低基準や安全基準、特に人員配置基準は「人の命を守る」という最も重要な使命を果たす上で不十分なものになっている。これらの事故や事件の共通点として極限まで抑えた介護従業者の人員配置基準を含めた最低基準や安全基準にその原因の一端があるとみることができる。

第4章では、認知症対応型共同生活介護のように介護保険制度などの「法内施設」ではなく、行政への「届出」のない「法外施設」で発生した火災事件について、介護保険制度、高齢者福祉制度、各施設の運営、生活保護制度や各行政機関との関係を検討した。また、当該施設の所在地である県と市、入居者を進めていた自治体に対してインタビューを行った。当該県では「届出がないので監督・指導ができなかった」と述べている。これらの検討をもとに大都市において急増する低所得・生活保護受給者でケアが必要な単独高齢者の住まいとケアの確保が困難であることを明らかにした。低所得・生活保護受給者にとって利用しやすい特別養護老人ホームや養護老人ホーム等の施設不足、当該施設へ入居者を進めていた地方自治体、法外施設の所在地である当該県・当該市の指導や監督の不十分さを

指摘した。

第5章では、現行の介護保険制度における供給主体と供給主体に対する公的規制について検討を行った。介護保険制度の導入に伴い、新たに導入された事業所の「指定制度」と行政の指導・監督の制度的な分析・検討を行った。従来の措置制度の下の実業家・事業所については事前に参入できる供給団体が定められていたが、介護保険制度では介護保険施設には一定の規制があるもののその他のサービスについては、法人の種別を問わず、法人格をもち、かつ、省令で定める人員基準や設備運営基準の基準に合致していれば、都道府県または市町村の指定を受け介護サービスの提供主体になることができる。ここで新たに導入された実業家の選定の仕組みが「指定制度」である。「指定制度」は実業家が事業所ごとに都道府県または市町村に申請し指定を受ける必要があるが、「指定制度」は保健医療機関の「指定」とはことなり、実業家または施設が人員、設備および運営に関する基準等を満たしているかの確認行為に過ぎない。指定基準は、実業家が指定を受けるための要件であると同時に実業家・施設の最低基準となる。この最低基準が実業家・施設の安全基準となるわけだが、上記にみたように安全基準を満たしていても命を守れない現状があることから、最低基準の見直しの必要性を指摘した。また、最低基準にしたがって事業を運営することを実業家・施設に義務付け、そしてこれを担保するために都道府県知事または市町村長には指導・監督権限が付与されている。しかしながら都道府県知事または市町村長の権限も「命令することができる」といった積極的な内容を持つものでないことから、指定制度と行政指導・監督の仕組みを今一度精査する必要性を指摘した。

一方で、介護保険法施行以降、多くの実業家が参入した介護現場では事故・事件や不正事例が多発し、逆に行政の関与・指導や監査の強化が行われるようになっている。なかでも地域密着型サービスについては、市町村が指定・指導監督を行っていることから市町村レベルで質の高い実業家の選定が行われるようになっていることを、介護保険事業不指定処分の裁判例とともに紹介した。

第6章では、介護保険法における公的規制や最低基準を含めた安全基準の課題について検討を行った。そして、最後に事故・事件の再発防止策としてののちの保障・介護労働者が安全で安心して働くことができる基準の設定と公的規制の強化の必要性を述べた。

This paper has mainly analyzed accidents/incidents of a communal-life nursing care home for dementia patients occurred after the enforcement of the Long-Term Care Insurance Act and also the fire accidents occurred in “unregulated facilities” as no registration with the government office while considering those accidents/incidents in relation to the social security policy, nursing insurance system, and each regulation/rule. Then we have examined issues of the social security policy and its related regulations/rules in Japan with consideration of the above-described analyses, and also studied the policy/legal system from a viewpoint of their future correspondence.

After the Long-Term Care Insurance Act, the number of facilities for elderly people has been rapidly increased under the law, but unfortunately many fire accidents/incidents occurred with a number of victims. The study purpose in this paper is to examine the background of accident/incident with systems including policy trend of social security, social security system, and standard ministerial ordinance for the facility or Homes through the analyses of those accidents/incidents, and then clarify the issues of policy/legal system such as social security policy, long-term care insurance system, and standard ministerial ordinance in Japan.

論文要旨 資料
事件・事故の概要

事故・事件名	入居者「殺人」事件	入居者「傷害致死」事件	火災事故	火災事故	火災事件
発生年月日	2005年2月12日	2009年7月29日	2006年1月8日	2010年3月13日	2009年3月19日
発生推定時間	午前1時	夜間	午前2時	午前2時25分	午後10時45分
場所	石川県 認知症対応型共同生活介護事業所	福島県 認知症対応型共同生活介護事業所	長崎県大村市 認知症対応型共同生活介護事業所	札幌市 認知症対応型共同生活介護事業所	群馬県渋川市 「法外」施設「静養ホームたまゆら」
事故・事件の概要	○2005年2月、午前1時ごろ、アルバイト介護職員(当時28歳男性、以下、「B」)が入居者(当時84歳女性、要介護度4・つかまり立ちで歩くことは可能。以下、「被害者J」)にファンヒータ(以下、「FH」)の熱風をあて「殺害」したとされる「殺人」事件。 ○Bは、被害者の居室において「寒い」と訴えた被害者に対し、FHを点火して部屋を暖めようとした。ところが、被害者は三度にわたり、FHを蹴る等して耐震安全装置を稼働させ消してしまった。元介護職員は、FHを改めて点火し、居室の隅に後ずさった被害者に向けて、熱風をあて続けて「殺害」したとされている。Bは、被害者にFHを向けてから、転寝をしてしまい、約2時間後、ぐったりとしている被害者を発見し、救命措置を行っている。しかし、その時点で、被害者はすでに死亡しており、それを確認したBは、睡眠薬を多量に飲み、かつカッターナイフで首首を切って自殺を図ったが、未遂に終わっている。 ○事件の経過 2003年9月：Bは当該GHへ就職。 2004年3月：被害者が当該GHに入居。 2004年10月：B、ヘルパー2級の講習会受講開始。 2005年2月12日：事件発生。 2005年8月10日：第一審判決、「殺人」を認定、懲役12年。 2005年8月30日：私選弁護士が控訴審弁護人となる。 2006年9月28日：控訴審判決、「殺人」を認定、懲役10年。 2006年10月10日：上告申立て。 2007年1月29日：上告棄却決定。 2007年2月8日：異議申立棄却決定。 ○当該GHは、非正規雇用で無資格の介護職員を週3回の夜間専従で雇用し、入居者12名のケアを行わせていた。 ○控訴審では「夜間介護に関する法制度や、ストレス対策を含む本件グループホームの指導管理体制」の問題が指摘された。第一審の殺人罪懲役12年から殺人罪で懲役10年と2年減刑されている。	○2009年7月29日、午後10時ごろ、当該GHで介護職員(当時41歳男性)が入居者(当時69歳男性)を暴行を加え、頸部圧迫による窒息と腸間膜破裂による腹腔内出血により死亡させたという「傷害致死」事件。 ○事件の経過 1997年(推測)：介護職員(28歳の時)は当該法人に就職。 病院のケア棟、デイケア等に勤務。 2005年：(4年前から)当該GHに勤務。 2009年7月29日：事件発生 事件後：被害者の司法解剖が行われる。 2009年8月21日：傷害致死の疑いで逮捕。 2010年7月13日～21日：6日間の裁判員裁判。20日に検察側は懲役8年を求刑。 2010年7月21日：第一審判決、「傷害致死」を認定、懲役7年6月。即日控訴。 2011年1月25日：控訴棄却。 2011年5月25日：上告棄却決定。 ○判決では、「事件当時、施設の夜勤は被告しかおらず、外部からの侵入者もないとして、暴行したのは被告以外に考えられない」と指摘している。 ○勤務先の社会福祉法人が私選弁護人を付けている。また、介護職員は「休職」扱いとなっている。	○2006年1月8日、午前2時ごろ、当該GHにて火災事故が発生。入居者7名が死亡。 ○火災事故発生時は、職員1名が勤務していた。 ○夜勤職員1名が仮眠中に「バチバチ」という音に気がつき、共用室に行くとソファなどが燃えており、炎は天井まで届き少し横へ広がっていた。夜勤職員が、ABC粉末消火器で初期消火を試みたが、消火できずに断念した。夜勤職員が助けを求めにGHの外に走り出て、県道を通行の1台目の車は通過したが、2台目が止まり、その運転手から渡してもらった携帯電話で110番通報した。 ○全国GH協会は、出火当時、夜間職員が仮眠をとっていたことを問題点として指摘をしている。 ○長崎県認知症高齢者グループホーム防火対策検討委員会は ①火災発見の遅れによる初期消火が不可能な状態であった ②歩行困難者4人、重度認知症4人の入居者がいたことから避難誘導に当たって困難を極めた ③防炎性のあるカーテンを使用していなかった ④指定基準は満たしていたが、集落から離れた場所であったことから緊急時の地域住民の支援・協力は現実的に困難な状況であった ⑤喫煙(たばこ)対策の不徹底 ⑥平成15年9月1日開設以来、避難・救出訓練を実施していなかった、の6点を指摘している。 ○長崎県警は業務上過失致死での立件を試みたが、防火設備・夜間体制に問題はなかったと刑事責任は断念している。	○2010年3月13日、午前2時25分ごろ、当該GHにて火災が発生。入居者7名が死亡、入居者1名軽症、職員1名重症。 ○大型石油ストーブを利用して洗濯物を干しており、引火した可能性があると推測。 ○火災事故発生時は、職員1名が勤務していた。おむつ交換中であつた。「バチバチ」という音に気がついた時には、すでにGH内に火が回っていた。介護職員は必至で消火活動を行った。しかし、消火することができず、近くの交番に助けを求めている。GH内に設置してあつた消火器3本は空になっていた。 ○他の民家への被害はほとんどなかった。	○2009年3月19日、未届施設で火災発生、入居者10名が死亡。 ○当該施設は行政への届出を行っていない「未届施設」であり、東京都内の生活保護受給者でケアの必要な高齢者が入居しており、犠牲となった。 ○2010年2月、群馬県警は「静養ホームたまゆら」を「届出の必要な有料老人ホームであつたと判断」し、安全管理上の注意を怠ったこと、建築基準施行令違反であることを指摘し、施設を運営する理事長ら2名を業務上過失致死で逮捕・起訴している。 2013年1月8日前橋地方裁判所は元理事長に禁錮2年・執行猶予4年、元施設長に無罪の判決
開設年月日	2003年7月	2001年2月ユニット1(9名)、2002年1月ユニット2(7名)開設	2003年9月	2005年12月	1999年NPO法人認証、2005年ごろより生活保護受給者の受け入れを開始。
施設の概要	○経営母体はNPO法人 ○2ユニット、入居者は6名×2ユニットで12名 ○全職員は14名 ○夜間及び深夜の勤務体制は、2ユニット職員1名の配置。 ○経営主体はNPO法人ではあるが、背後には不動産業者が存在している。	○経営母体は社会福祉法人 ○2ユニット、入居者16名、職員12名(常勤10名、非常勤2名) ○夜間及び深夜の勤務体制は、それぞれ職員1名の配置。	○経営母体は有限会社 ○1ユニット、入居者9名 ○全職員は9名(常勤5名・非常勤4名) ○夜間及び深夜の勤務体制は、1ユニット職員1名の配置。 ○GHの所在地は大村市の郊外の丘の上に建てられており、周りには民家等はない。土地価格としては安価であると推測できる。 ○管理者は元看護師であり、認知症ケアについて熱心に取り組んでいた。一方、配偶者は不動産業関係者であり、「GHは儲かる」というブームに乗って開設をしたという側面ももっていた。	○経営母体は有限会社 ○1ユニット、入居者9名 ○全職員10名(常勤6名、非常勤4名) ○夜間及び深夜の勤務体制は、1ユニットで職員1名の配置。 ○GHの所在地は、民家の密集した場所に設置されている。 ○建物は1989年に建設された2世帯住宅を改造したものである。 ○経営主体の社長は元ソーシャルワーカーであつた(2010年4月18日、J市内の医療・福祉関係者からの聞き取り)。 ○重度者の受け入れも行っており、とても評判の良いGHであつたとのこと(上記聞き取り)。	○経営母体はNPO法人「彩経会」 ○入居者は、特別養護老人ホーム待機者、障害のある人、認知症を患った人など、50歳代から80歳代までの人々が入居していた。 ○2008年6月には、前橋市に第二の「静養ホームはなみずきたまゆら」を開設し入居者11名がいた。2009年9月に閉館している。
行政との関係		○当該社会福祉法人は、当該施設所在地である市の社会福祉事業の中心的な担い手であり、行政からの信頼も厚い。		○開業後しばらく運営推進会議を開かなかつたため、札幌市は2008年7月に改善を指導していた。 ○火災事故後、札幌市の消防局が市内のGHを回り、「火災時の通報」を強調し指導している。	○群馬県がNPO法人の認証。 ○群馬県は有料老人ホームの可能性が高いと再三にわたり理事長にたいし「運営確認内容票」の提示を求めた。 ○東京都墨田区は墨田区在住の生活保護受給者を入居を進めていた。
事故・事件後の動き	石川県「認知症高齢者グループホームの人員配置等について」(長第186号平成17年4月21日)を通知 ①夜間及び深夜の勤務における勤務体制は複数配置すること ②夜間専従の廃止 ③介護従業者に対し、研修の機会を確保する ⇒介護報酬との関係で夜間の複数配置・夜間専従の廃止は未実施。	県・市は、調査を実施をしている。「虐待」については確認はできなかった、そして良好な運営がされているとしている(市福祉部高齢福祉課聞き取り(2010.03.12))。	大村市は火災事故後、厚労大臣にたいし「グループホーム等小規模福祉施設の安全確保対策の見直しを求める要望書」を提出。 1.火災報知機、緊急通報装置及びスプリンクラー等の必要な消防用設備の設置について、必要な指定基準の見直しを行うこと。 2.施設から一定距離以内の消火用水源の確保について、必要な指定基準の見直しを行うこと。 3.夜間の勤務体制について、当直職員の数を複数にするなど、災害時に対応できるよう指定基準の見直しを行うこと。 4.上記1～3の見直しに伴う、施設設置者の財政負担が軽減されるよう、国において介護サービス報酬単価の見直しなど必要な財政支援を行うこと。	札幌市は、指定地域密着型サービス事業所に対し、「指定地域密着型サービス事業所に係る防火対策の更なる徹底について」(札介保(指)第4030号平成22年3月15日)を通知 1.自動火災報知設備等消防用設備の早期設置を図ること。 2.火災時において従業員による避難誘導、通知等が確実になされる体制の確保、夜間を想定し施設の実情を踏まえた避難訓練の実施を図ること。 3.火災予防対策の推進 (1)喫煙等の火災管理の徹底を図ること。 (2)暖房機器や厨房機器等の火気使用設備・器具の管理の徹底を図るとともに、過熱防止装置などの出火防止機能に優れた機器等の使用の推進を図ること。 (3)階段、通路などの避難経路及び防火戸・防火区画の管理の徹底を図ること。 (4)寝具・布張り家具(ソファ等)に防火性能を有する製品の使用の推進を図ること。	○厚労省は全国の「未届」施設の調査を行い、579件の「未届」施設があることを発表。
事故・事件後の法制度の改正			国は夜間及び深夜の勤務体制について「夜勤体制」の義務付け(厚労省令第34号第90条第1項)、事業者に対し「消化設備その他の非常災害に際して必要な設備の設置」(厚労省令第34号第93条第2項)と「運営推進会議」の設置の義務づけ(厚労省令第34号第85号)を基準に加えるにとどまった。	厚労省は「認知症高齢者グループホームにおける防火安全体制に関する緊急調査」を実施、結果、「認知症高齢者グループホームにおける避難訓練等の防火安全体制に関する地域住民との連携が不十分であることが明らかとなったため」、「定期的に行うとされている避難訓練、救出その他必要な訓練の実施に当たって、『地域住民の参加が得られるように努めること』を規定する」(社会保障審議会介護給付部会(第66回)資料「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令について」(平成22年7月29日))に止まっている。	